



**Wie schnell hat sich die Hautveränderung ausgedehnt (bitte einkreisen)?**

Langsam                      oder                      sehr schnell  
Gleichmäßig                oder                      in Intervallen

**Kratzt, reibt, leckt oder beißt sich Ihr Tier?** ja                          nein   

Wenn ja, wo (bitte einkreisen)?

Ohren      Augen      Nase      Backenbereich      Lefzen  
Rücken    Brust      Bauch      Leistenbereich      Hals  
Gliedermaßen                      Pfoten

**Haltung**

Haben Sie noch andere im Haushalt lebende Tiere? ja        nein   

Welche? \_\_\_\_\_

Hat eines der anderen Tiere Hautprobleme?                      ja        nein   

Welche? \_\_\_\_\_

Hat ein Familienmitglied Hautprobleme?                      ja        nein   

Welche? \_\_\_\_\_

Wieviel Zeit verbringt Ihr Tier im Haus? \_\_\_\_\_

Wo hält sich das Tier die restliche Zeit auf? \_\_\_\_\_

Welche Böden haben Sie zu Hause auf denen Ihr Tier viel liegt?

\_\_\_\_\_

Sind die Symptome zu manchen Tageszeiten oder an manchen Aufenthaltsorten schlechter?                      ja        nein   

Wann (bitte einkreisen)?                      morgens                      abends

Wo (bitte einkreisen)?                      im Haus                      außerhalb

**Bei Katzen** (zutreffendes bitte einkreisen):

Lebt Ihre Katze                      nur im Haus                      geht auch nach draussen

Wurde bei Ihrer Katze einer der folgenden Test durchgeführt (bitte einkreisen)?

FeLV

FIV

FIP

Wann haben Sie zuletzt eine Flohprophylaxe gemacht, und wie häufig wenden Sie diese an? \_\_\_\_\_

Welches Mittel verwenden Sie? \_\_\_\_\_

Hat/hatte Ihr Tier andere Parasiten? ja  nein

Welche (bitte einkreisen)? Milben Würmer Zecken Andere: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Tier schon einmal außerhalb seiner normalen Umgebung (z.B. Urlaub, Tierpension, Freunde, Tierheim, usw.) gewesen? ja  nein

Wo und Wann? \_\_\_\_\_

### **Fütterung:**

Was füttern Sie Ihrem Tier? (Bitte auch Leckerlies, Kaustangen, usw. aufzählen)

Dosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trockenfutter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Selbstgekochtes oder vom Tisch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anderes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Füttern Sie Vitamine, Mineralstoffe oder anderes zu? ja  nein

Wie wurde Ihr Tier bislang behandelt?

(z.B. Shampoos, Lotion, Tabletten, Creme, Spray, Ohrentropfen, usw.)

Shampoo: Name: \_\_\_\_\_ Erfolg ja  nein

Antibiotika: Name: \_\_\_\_\_ Erfolg ja  nein

Kortison: Name: \_\_\_\_\_ Erfolg ja  nein

Salbe: Name: \_\_\_\_\_ Erfolg ja  nein

Ohrentropfen: Name: \_\_\_\_\_ Erfolg ja  nein

Anderes: Name: \_\_\_\_\_ Erfolg ja  nein

Welche der oben genannten Medikamente hat Ihrer Meinung nach am besten geholfen? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente bekommt Ihr Tier zum jetzigen Zeitpunkt? \_\_\_\_\_

**Allgemeinzustand** (bitte einkreisen)

Allgemeinbefinden	normal	reduziert	
Kondition	normal	reduziert	
Appetit	normal	reduziert	
Gewichtsverlust	ja	nein	
Gewichtszunahme	ja	nein	
Trinkwassermenge	normal	erhöht	
Harnabsatz	normal	erhöht	
Kotabsatzfrequenz	1-2x	seltener	häufiger
Kotqualität	normal	abnormal	
Augenausfluss	ja	nein	
Läufigkeit	normal	abnormal	

Letzte Läufigkeit? \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen/Probleme? \_\_\_\_\_

Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint im Zusammenhang mit der Erkrankung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_